

Anno

Comitato Provinciale di Cod.

Dati Associazione:

Denominazione Cod.

Codice Fiscale Partita IVA

Dati Sede:

Indirizzo Regione

Provincia Comune

Cap Telefono E-mail

Dati del Presidente:

Nome e Cognome Codice Fiscale

Data e luogo di nascita Indirizzo

Cap Città Provincia

Telefono E-mail

Documento N° documento Data rilascio

Dati del Vice Presidente:

Nome e Cognome Data e luogo di nascita

Indirizzo Città

Cap Provincia Telefono

Dati del Segretario o di un Consigliere (indicare quale delle due cariche):

Nome e Cognome Data e luogo di nascita

Indirizzo Città

Cap Provincia Telefono

Dati atto costitutivo e statuto: Data di costituzione associazione (gg/mm/aaaa)

Statuto Registrato Agenzia Entrate di Estremi di Registrazione

Lo statuto è stato integrato ai sensi dell'articolo 90 della legge del 27 Dicembre 2002 n° 289 e successive modifiche in data (gg/mm/aaaa) (Compilare solo se lo statuto non è stato redatto ai sensi del citato articolo 90)

Con la presente domanda si richiede l'iscrizione al Registro CONI della ASD. SI NO (Barrare il quadratino che interessa)

Si dichiara di essere a conoscenza che è responsabilità del Presidente dell'Associazione sportiva sia S.S.D. (società sportiva di base) che le A.S.D. ottemperare agli obblighi previsti delle norme vigenti in materia di tutela sanitaria delle attività sportive, richiedere ai propri tesserati la relativa certificazione medica di idoneità e conservarla come stabilito dal Decreto del Ministero della Sanità rispettivamente del 18/02/1982 recante "Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica", e del 28/02/1983 recante "Norme per la tutela dell'attività sportiva non agonistica".

Con l'affiliazione ed il tesseramento all'ACSI il Presidente dell'Associazione sportiva dichiara che tutti gli associati conoscono lo statuto dell'ACSI e le norme del tesseramento, nonché le polizze assicurative; attesta, inoltre che i propri associati atleti sono in regola con le norme sulla tutela sanitaria delle attività sportive, e che le certificazioni mediche di idoneità sopra nominate sono conservate presso la sede dell'Associazione.

Il Presidente

Data, li

Allegare copia di un documento di riconoscimento in corso di validità**ATTENZIONE:** Spedire il modulo compilato in ogni sua parte e corredato da copertura finanziaria a:**ACSI Settore Ciclismo**

Via G. Govone, 100 - 20155 Milano

Telefono 02.33611591 - Fax 02.34531438

Data di accettazione,

Il Responsabile Provinciale ACSI Settore Ciclismo